

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 87

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Février 1920

PAR

FONTBONNE (Edouard-François)

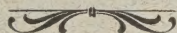
Né à Thiers (Puy-de-Dôme), le 18 avril 1891

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ RAUZIER, Professeur, *Président*.
VEDEL, Prof. adjoint.
GRYNFELT, Agrégé.
GAUSSEL, Agrégé.

} Assesseurs.



MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS DE L'ESTOMAC

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 87

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Février 1920

PAR

FONTBONNE (Edouard-François)

Né à Thiers (Puy-de-Dôme), le 18 avril 1891

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ RAUZIER, Professeur, *Président*.

VEDEL, Prof. adjoint.

{ GRYNFELTT, Agrégé.

GAUSSEL, Agrégé.

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. *).
Physiologie	BEDON (*).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (*).
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médical	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (*).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (†).
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (†).
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O. * †), a. l. c. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN * †, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale	CABANNES, agrégé.
Microbiologie	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie	WATON (* †), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH (*) ch. d'ag.
GAUSSEL (* †).	J. DELMAS (†).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. RAUZIER, prof., présid^t ; VEDEL, prof. adjoint ; GRYNFELTT, agrégé ; GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de ma grande affection
et de ma profonde reconnaissance.*

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

E. FONTBONNE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

E. FONTBONNE.

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de notre scolarité ce n'est pas sans émotion que nous nous rappelons nos longues années d'étude, nos joies et nos enthousiasmes de jeune étudiant.

Avant de quitter la Faculté nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre profonde reconnaissance à tous les Maîtres qui ont contribué à notre formation.

Nos remerciements vont tout d'abord à nos Maîtres de l'École de médecine de Clermont qui ont assumé la tâche ingrate de commencer et de diriger notre éducation médicale ; et en particulier à M. le professeur Bousquet dont l'accueil bienveillant à notre retour des armées fut pour nous un précieux encouragement à reprendre nos études interrompues pendant toute la guerre.

Arrivé à la Faculté de médecine de Montpellier nous nous avons rencontré auprès de nos Maîtres la plus grande sollicitude ; à tous nous adressons nos hommages respectueux et reconnaissants.

Nous prions en particulier M. le professeur Rauzier d'accepter nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0176

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

Longtemps méconnue, la syphilis gastrique a été signalée pour la première fois par Andral en 1834. A la suite des travaux et des publications d'auteurs tels que Galliard, Chiari, Fournier, Hayem, Dieulafoy, Pater, etc., elle a acquis droit de cité dans la nosologie. Mais, jusqu'à ces dernières années, on la considérait comme très rare et les cas publiés semblaient être des curiosités cliniques. Puis on s'est aperçu que, si on la recherchait systématiquement, on trouverait la syphilis de l'estomac bien plus fréquente qu'on ne l'avait cru tout d'abord. Et, tout récemment, Bensaude et Rivet concluaient à la « fréquence relativement grande » de cette affection.

Il est aisé d'expliquer cette évolution de la pensée médicale. Autrefois, en l'absence de tout moyen clinique de porter de façon certaine le diagnostic de syphilis de

l'estomac, ce diagnostic n'était possible que dans des cas très rares, et il faut rendre hommage au sens clinique de ceux qui, comme Andral, ont les premiers reconnu l'existence de cette localisation de la maladie-protée qu'est la syphilis. Chiari, et beaucoup d'auteurs après lui, dans la crainte de faire trop large la part de la syphilis gastrique, n'ont voulu tenir compte dans leurs statistiques que des cas dans lesquels le diagnostic avait été vérifié par des constatations anatomiques, opératoires ou nécropsiques. Cette façon de faire, conséquence d'un très louable souci d'exactitude, devait laisser passer nombre de cas de localisation syphilitique sur l'estomac, tous ceux qui, avec ou sans traitement spécifique, s'étaient améliorés ou avaient guéri. Or, étant donné que la syphilis de l'estomac est « une des formes les plus curables » de la syphilis, on voit que le nombre des cas qui échappaient ainsi à la statistique était sans nul doute important.

Les moyens d'investigation dont nous disposons aujourd'hui nous arment bien pour reconnaître la syphilis gastrique. Outre les moyens cliniques, souvent peu précis, dont disposaient nos devanciers, nous avons à notre disposition des ressources de laboratoire qui les complètent heureusement : réaction de Wassermann, radioscopie de l'œsophage et de l'estomac, étude du chimisme gastrique. Grâce à ces moyens les auteurs qui, depuis quelques années, se sont occupés de la question qui nous intéresse, ont pu diagnostiquer des cas qui, sans cela, eussent risqué d'être méconnus et montrer ainsi que, dans la pathologie gastrique, encore si obscure, il faut faire une part importante à la syphilis. C'est la conclusion de Bard, de Bensaude et Rivet, de Lacapère qui, dans un article récent (juillet 1919) intitulé

« les causes d'orientation de la syphilis » donne à l'appui de son opinion des statistiques d'un haut intérêt.

La pathologie de l'estomac est encore si compliquée, si touffue et, malgré l'aide du laboratoire, si peu connue qu'il faut recueillir précieusement tous les faits qui apportent quelque clarté dans ce chaos. C'est pourquoi nous ne croyons pas faire œuvre inutile en rassemblant les notions éparses sur la syphilis gastrique et en essayant d'en souligner l'intérêt et d'en extraire quelque enseignement. D'autres travaux d'ensemble ont précédé le nôtre, nous ne l'ignorons pas, mais la question a pris, au cours de ces dernières années, un aspect tout nouveau. Il est donc utile de la reprendre, à la lumière des publications récentes, et c'est ce que nous voudrions tâcher de faire dans ce modeste travail.

Nous n'insisterons pas beaucoup sur le côté historique de la question. Ceux qui nous ont précédé ont déjà recherché patiemment les noms de tous les auteurs qui, avant eux, s'étaient occupés de la syphilis gastrique. Reproduire tous ces noms, que l'on trouvera notamment dans les thèses de Barbier et de Pater, serait faire œuvre d'inutile et simple copie. On les retrouvera dans notre index bibliographique. Signalons simplement les principaux travaux parus depuis la thèse de Pater (1907) : l'observation de Leven et Barret (Soc. méd. hôp. de Paris, 25 février 1910) ; celle de Bécclère et Bensaude à la même Société le 19 mai 1911 ; la communication de Leven à la Société de thérapeutique, le 11 juin 1913 ; l'article de Castaigne dans le Journal médical français, de décembre 1918 ; quelques observations publiées pendant la guerre par divers auteurs, notamment Letulle et Lion. Enfin, une série d'articles parus au cours de l'année 1919 : celui de Bard (Arch. des mal. de l'app.

digestif et de la nutrition, janvier 1919) ; celui de G. Lion dans le même journal, en juillet 1919, sur « des faux cancers de l'estomac » ; enfin, trois articles parus dans la Presse médicale, celui de Letulle (juin 1919), celui de Lacapère (juillet 1919) et celui de Bensaude et Rivet (octobre 1919).

Pour étayer notre travail, nous reproduirons deux observations seulement. Il serait aisé de les multiplier : simple travail de copie. Nous préférons en choisir deux caractérisant deux *époques* et deux *aspects* bien différents de la question qui nous occupe. Elles suffiront à donner une base solide à toute notre argumentation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Chiari. — Intern. Beiträg für Wissenschaft. med., 1891. — Résumée)

Homme de 23 ans dont le diagnostic clinique était tuberculose pulmonaire, syphilis, catarrhe gastro-intestinal.

Mère morte de tuberculose, 4 frères et sœurs morts en bas âge. Depuis longtemps, souffrait de toux, expectoration, sueurs nocturnes. Deux ans avant sa mort, infection syphilitique; un an avant, iritis syphilitique, et depuis ce temps vomissements fréquents. Il y a deux mois, éruption papuleuse syphilitique aux membres supérieurs qui disparut après des frictions mercurielles. Depuis trois semaines, après chaque repas, douleurs dans la région gastrique et selles diarrhéiques.

A son entrée à l'hôpital, le 20 janvier 1887, malade fébrile, affaibli, signes de tuberculose de la moitié supérieure du poumon droit, douleurs vives dans la région gastrique, un peu d'albumine et bacilles de Koch dans

les crachats. Affaiblissement progressif et mort le 3 février.

Autopsie. — Cicatrice du gland. Adénopathies multiples. Exsudat pleural. Dans les poumons, tuberculose du lobe supérieur droit ; de plus, trois nodules non caséifiés que l'examen histologique montre être des gommes syphilitiques. Gommes dans le foie et dans les deux reins. Dans l'intestin grêle, doubles lésions : les unes sont des abcès tuberculeux, les autres des gommes syphilitiques ulcérées ou cicatrisées.

Estomac moyennement dilaté contenant un liquide aqueux et muqueux avec nombreux résidus alimentaires. Muqueuse légèrement épaissie par endroits, avec une disposition mamelonnée dans la partie pylorique correspondant à un catarrhe chronique. Séreuse mince. Sur la paroi postérieure, perte de substance occupant la moitié droite de l'estomac, étendue de la petite à la grande courbure, éloignée du pylore de 5 centimètres, presque ronde. Au centre, cet ulcère intéressait toute l'épaisseur de l'estomac à tel point qu'il existait une perforation arrondie de 5 centimètres de diamètre, mais que fermaient complètement le pancréas adhérent, le mésocôlon transverse et les tissus environnant du duodénum et du jéjunum.

Les coupes histologiques montrent que cette ulcération s'est vraisemblablement développée dans une partie de la paroi gastrique déjà modifiée et atteinte d'infiltration gommeuse. En diverses places de l'estomac, il y avait des épaississements de la paroi complètement analogues aux infiltrats en plaques de l'intestin : l'un gros comme un pois était au milieu de la paroi antérieure de l'estomac, juste en face de la perforation postérieure ; un autre de 2 centimètres était dans la région de

la grosse tubérosité, et trois autres plus petits siégeaient dans le voisinage.

Des coupes faites dans les bords de l'ulcère et dans tous ces infiltrats montrèrent avec certitude l'identité de l'infiltration des parois stomacales avec les plaques gommeuses de l'intestin. Dans la partie répondant à la nécrose, il existe une couche constituée par un tissu granuleux à grosses cellules avec vaisseaux sanguins à parois très épaissies, tissu qui occupe surtout la sous-muqueuse mais se prolonge aussi dans la musculuse. Cette couche, assez pauvre en leucocytes, se prolonge en dehors par une infiltration leucocytaire dans toutes les tuniques de l'estomac et paraît être dans la sous-muqueuse comme une zone frontière avec le tissu normal. Dans les petits infiltrats de l'estomac, la sous-muqueuse est de même le siège principal de l'infiltration du tissu granuleux, mais celui-ci se prolonge, au moins au centre, dans la muqueuse et la musculuse.

J'en conclus à une affection réellement syphilitique, et de plus gommeuse, de l'estomac. Ce diagnostic peut être porté parce que, d'une part il y avait des gommès non encore dégénérées, d'autre part la gomme apparaissant comme le point de départ de la perte de substance était encore, au moins sur les bords de l'ulcère, reconnaissable comme telle.

Nous avons choisi cette observation afin de montrer combien ce diagnostic de la syphilis gastrique était difficile en l'absence de moyens tels que la recherche du tréponème et la réaction de Wassermann. Cette observation est un véritable modèle d'étude et de discussion précise, mais on conçoit combien restreint était le nombre des cas où il était possible de faire le diagnostic.

A côté de cette observation, nous placerons un remarquable cas de Bensaude et Enriquez qui est curieux à rapprocher d'elle.

OBSERVATION II

(Enriquez et Bensaude)

Sténose cardiaque et mésogastrique, puis linite avec incontinence pylorique et dilatation duodénale.

M^e Fr..., âgée aujourd'hui de 35 ans, ne présente rien à retenir dans ses antécédents héréditaires ; elle a perdu sept frères et sœurs de tuberculose pulmonaire et un de fièvre typhoïde. On ne retrouve pas de syphilis dans ses antécédents personnels, mais sa vie privée l'y a certainement exposée. Pas de grossesse ; une métrite à 19 ans.

M^e Fr... fait remonter ses troubles gastriques à une intoxication par le gaz d'éclairage survenue le 9 mai 1909. A la suite de cette intoxication, elle avait présenté pendant un mois des accès de toux avec crachements de sang, et, dès cette époque, aurait éprouvé des difficultés pour avaler. A la fin de juin, maux d'estomac avec vomissements alimentaires et anorexie. Ces vomissements se produisent après l'ingestion de tous les aliments, même lait et œufs ; la malade rejette avec ses aliments beaucoup de liquide et parfois des filets de sang. Ces vomissements s'accompagnent de violentes douleurs au creux épigastrique.

La malade maigrit rapidement, mais cet amaigrissement a commencé bien avant le début incriminé par elle. Elle pesait 85 kilos en août 1908, 79 en décembre 1908, 72 en février 1909, 69 kil. 500 en avril. Elle arrive à 54 kilos en septembre 1909. Tous les traitements et régimes institués échouent et, le 23 février 1910, la malade pèse 44 kil. 800.

Elle va alors consulter M. Enriquez qui constate une obscurité des deux sommets, une expectoration abondante et des sueurs nocturnes faisant penser à la tuberculose ; mais, surtout, des régurgitations œsophagiennes abondantes bien expliquées par la radioscopie : celle-ci indique en effet l'existence d'une double sténose cardiaque et mésogastrique. La palpation de l'estomac ne décèle aucun signe notable.

L'œsophagoscopie pratiquée par M. Bensaude montre au niveau du cardia une ulcération semi-circulaire ne saignant pas, l'œsophage n'est pas dilaté. On institue immédiatement le traitement spécifique sous forme d'injections de bi-iodure de Hg à 2 centigr.

Le 18 mars 1910, il n'y a plus de signes de sténose du cardia et la sténose médiogastrique semble moins marquée car, très rapidement après l'ingestion du bismuth, la partie inférieure de l'estomac est visible à l'écran, réunie à la partie supérieure par un étroit canal. L'alimentation se fait mieux et la malade pèse, le 23 mars 1910, 46 kil. 500.

Le 11 mai 1910, l'estomac a, à l'écran, une apparence presque normale. La malade s'alimente abondamment et pèse 59 kil. 800.

Le 13 mai 1910, la réaction de Wassermann est positive (M. Joltrain). On fait une nouvelle série de piqûres.

Le 13 juillet 1910, la malade mange de tout, même de

gros morceaux de viande, et n'a plus de troubles digestifs.

En septembre, quelques troubles ayant reparu, on fait du 606. L'examen radiologique, en octobre, montre que l'estomac se vide extrêmement vite par le pylore qui est le siège d'une véritable *incontinence*. L'image biloculaire a disparu ; des contractions gastriques sont seulement visibles dans la région de l'antra pylorique. L'estomac est petit. Par contre, l'ampoule duodénale est considérablement dilatée.

Le 29 mai 1912, la malade présente un état général et un fonctionnement digestif satisfaisants. A l'examen radiologique, l'estomac est refoulé sur la gauche mais mobile, sans adhérences apparentes. Dans la position debout il a la forme d'une saucisse avec deux légers étranglements qui n'empêchent pas le bismuth de passer et de refluer d'un segment dans l'autre. Les segments intermédiaires aux étranglements ne présentent aucun péristaltisme mais n'ont aucune déformation persistante. Leur paroi est lisse et régulièrement bombée. Ils se laissent très peu distendre suivant la quantité de bismuth ingérée. Le duodénum est très nettement visible en fer à cheval. La pénétration du bismuth dans l'intestin est si rapide dans la station debout qu'elle rappelle ce qu'on constate après une gastro-entérostomie. Dans la position couchée, l'estomac se vide plus lentement, mais, si la malade se lève, elle éprouve une douleur vive et l'estomac se vide immédiatement et en totalité.

Depuis lors, la malade a été revue à plusieurs reprises. Malgré quelques troubles gastriques, elle se porte bien et peut mener une existence assez fatigante.

Cette deuxième observation, très étudiée au point de vue du laboratoire, nous montre combien celui-ci aide le clinicien dans un diagnostic souvent très laborieux. Certes, beaucoup d'objections subsistent encore : il est certain que le fait pour un malade de l'estomac d'être un syphilitique, avéré ne suffit pas à faire admettre d'emblée l'origine spécifique des troubles gastriques qu'il présente. Mais, quand d'une part on est sûr que le malade est syphilitique, quand d'autre part l'aspect clinique et l'examen radiologique font penser à l'origine syphilitique des lésions, et quand enfin le traitement spécifique amène une amélioration notable ou la guérison, on peut considérer la preuve comme équivalente à celle d'un examen anatomique. Ce dernier a une infériorité notoire : c'est qu'il ne permet de faire le diagnostic qu'après la mort du malade. Utile comme vérification dans les cas où on peut le faire, il faut apprendre à se passer de lui et à faire le diagnostic de la syphilis gastrique à la période où on peut intervenir de façon efficace. Trop souvent, l'affection étant essentiellement cachectisante, les troubles gastriques sont mis sur le compte d'une tuberculose ou d'un cancer gastrique. Il faut savoir que le diagnostic différentiel est à faire avec la syphilis, et, tandis que les deux autres affections ne sont guère curables, la syphilis l'est parfaitement. Témoin la malade dont nous venons de rappeler l'histoire. C'est donc là un de ces diagnostics qui représentent la vie ou la mort d'un malade.

Entrons maintenant dans le détail clinique de l'affection, et dans l'étude des modalités de son diagnostic.

ÉTUDE CLINIQUE ET ANATOMIQUE

Le polymorphisme de la syphilis gastrique est tout à fait remarquable. Dieulafoy l'a souligné dans une page très heureuse que nous reproduisons en partie : « Tel malade est atteint de troubles *dyspeptiques*, d'anorexie, de douleurs stomacales, d'éruptions, et est envoyé à Vichy, à Pougues, à Capvern alors que le traitement devrait consister en injections de bi-iodure d'hydrargyre. »

Tel autre est atteint d'inappétence, de vomiturations, de pituites, d'intolérance stomacale et est considéré à tort comme un *alcoolique* alors qu'il affirme, à son médecin qui ne veut rien entendre, qu'il n'a jamais commis le moindre excès de boisson.

Parfois se déclare un ensemble de symptômes qui simulent à s'y méprendre l'*ulcus simplex* ; vives douleurs stomacales s'exaspérant pendant la digestion, localisation des douleurs xyphoïdienne et rachidienne, intolérance de l'estomac, vomissements alimentaires, hémamèses, rien n'y manque. Du reste, les hématomèses ne sont pas rares au cours de la syphilis stomacale.

Dans quelques cas, la lésion syphilitique de l'estomac revêt le masque de l'*exulceratio simplex* ; le malade, sans avoir éprouvé de symptômes gastriques, est pris

d'hématémèse foudroyante et succombe. A l'autopsie on trouve une artériole ouverte au niveau d'une exulcération.

Enfin, dans d'autres circonstances, le malade atteint de troubles gastriques et d'amaigrissement présente en même temps une tumeur épigastrique. On croit à un *cancer*. Mais, le malade étant syphilitique, on administre le traitement spécifique et la guérison survient. »

Cette analyse, rapide et complète à la fois, et d'une si nette précision, montre qu'il n'existe pas une symptomatologie de la syphilis gastrique. Celle-ci revêt tous les masques et il n'est pas un seul symptôme de la pathologie gastrique qu'elle ne puisse donner. Il résulte de cela que, pour faire une étude clinique complète de la syphilis gastrique, il faudrait passer en revue toute la pathologie de l'estomac. Besogne à la fois fastidieuse et inutile. Le clinicien doit seulement retenir que, toutes les fois qu'il a affaire à des troubles gastriques persistants, il a le devoir de penser à la possibilité d'une origine syphilitique de ces troubles. Rien dans l'aspect clinique du malade ne lui révélera, le plus souvent tout au moins, s'il s'agit d'une syphilis gastrique ou de troubles stomacaux dus à une autre cause. Mais, averti, il saura porter ses investigations du côté où elles doivent aller, et rattacher ainsi à leur véritable cause des troubles d'interprétation difficile, rebelles à toutes les thérapeutiques sauf à une seule. La vieille boutade de Fournier : « il ne faut pas chercher des symptômes spéciaux à la syphilis gastrique, ce serait un moyen de la manquer trop souvent », reste toujours vraie. Le seul vrai moyen d'arriver à la reconnaître est de penser à elle chez tout malade porteur de troubles gastriques anciens.

Certains auteurs ont néanmoins cherché à établir un peu d'ordre dans cette question et à isoler quelques caractères qu'ils ont cru pouvoir attribuer en propre à la syphilis gastrique.

Bard a fait cette tentative en ce qui concerne les tumeurs syphilitiques ou pseudo-cancer de l'estomac. D'après lui, ces tumeurs auraient certains caractères spéciaux : ce sont la mobilité extrême, l'absence de douleur à la palpation, et l'absence de cachexie. Lorsque, chez un malade présentant par ailleurs tous les signes et tous les symptômes d'un cancer de l'estomac, on observe ces quelques anomalies, on est en droit de penser à une tumeur syphilitique. Mais on voit combien peu sûrs sont ces signes, et combien ils peuvent être parfois d'appréciation difficile.

Les manifestations secondaires de la syphilis gastrique sont à peu près complètement inconnues. Seule, la notion d'une syphilis préexistante peut permettre de les reconnaître et de les traiter.

Pour ce qui est des manifestations tertiaires, Bensaude et Rivet ont fait un travail analogué à celui que Bard a fait pour le pseudo-cancer syphilitique qui est une de ces manifestations. Ils ont établi un certain nombre de catégories qui paraissent réunir tous les faits connus et qui sont comme une ébauche de cadre. Malgré les imperfections et les lacunes de ce schéma, il est à l'heure actuelle ce que nous avons de meilleur pour l'étude de la syphilis gastrique et nous allons indiquer maintenant ses grandes lignes. Ces auteurs distinguent cinq syndromes cliniques correspondant à cinq formes anatomiques de la lésion : l'ulcère syphilitique, la tumeur syphilitique (ou forme pseudo-cancéreuse), la syphilis

gastrique à forme de linite, la forme sténosante, le tabes gastrique.

1° *Ulcère syphilitique.* — La symptomatologie de l'ulcère syphilitique ne diffère en rien de celle de l'ulcère rond. Tout au plus peut-on signaler, dans l'ulcère syphilitique, la prédominance nocturne des douleurs qui, de l'avis même des auteurs qui la signalent, est bien loin d'être constante.

2° *Tumeur syphilitique.* — On rencontre dans ce cas tous les signes du cancer de l'estomac. Bensaude et Rivet admettent les quelques signes de diagnostic indiqués par Bard, mais en faisant remarquer leur fragilité. La mobilité de la tumeur n'est pas toujours facile à apprécier, le palper du pseudo-cancer syphilitique n'est pas toujours indolore, enfin la dénutrition produite par sa présence peut arriver à simuler tout à fait la cachexie néoplasique. En outre, il est des cas mixtes où la syphilis et le cancer s'associent pour donner une tumeur gastrique dont les signes participent des deux maladies (Lion).

3° *Syphilis gastrique à forme de linite.* — Cette linite est pylorique ou bien est généralisée à tout l'estomac. Rien absolument, dans les signes cliniques, ne permet de savoir si elle est ou non d'origine syphilitique.

4° *Formes sténosantes.* — La sténose peut porter sur le *pylore*, sur la région *médiogastrique* ou sur le *cardia*. Dans le premier cas, on a parfois affaire à une sorte de sténose à rechutes qui fait immédiatement penser à la syphilis. Mais souvent il s'agit d'une sténose rapidement progressive, identique à la sténose cancéreuse.

Quant à la sténose médiogastrique qui amène la biloculation de l'estomac, elle est assez souvent, mais non

toujours, d'origine syphilitique. Il en est de même de la sténose du cardia, beaucoup plus rare.

Dans ces formes sténosantes, la multiplicité des localisations est la règle, et cette multiplicité, bien visible à la radioscopie, est un bon signe de la nature syphilitique des lésions.

5° *Crises gastriques du tabes.*— Assez caractéristiques par leur symptomatologie, ces crises ne correspondent à aucune lésion connue de l'estomac.

On voit combien fragiles sont les quelques éléments de diagnostic que nous avons signalés au passage. En somme, pour faire le diagnostic de syphilis gastrique, *il faut d'abord penser à la possibilité de son existence* et ensuite rechercher quelques éléments d'appréciation tels que :

1° Le caractère un peu anormal de la symptomatologie qui n'est absolument caractéristique d'aucun diagnostic. Lorsqu'on trouve réunis des éléments cliniques discordants et paradoxaux (Hayem), lorsqu'on constate par la radioscopie des lésions multiples (Bensaude), *il faut penser à la syphilis gastrique.*

2° L'existence d'antécédents syphilitiques ou la coexistence d'autres manifestations syphilitiques en évolution. Lorsqu'il existe des manifestations cutanées ou viscérales, des signes de tabes ou de paralysie générale, *il faut penser à la syphilis gastrique.*

3° L'existence d'une réaction de Wassermann positive. Si cette réaction est négative, la question demeure en suspens, mais, si elle est positive, *il faut penser à la syphilis gastrique*, sous réserve des associations possibles que nous avons signalées.

4° Le résultat du traitement d'épreuve. Lorsque toutes les médications habituelles ont échoué, si la médication

spécifique donne un résultat favorable, *il faut plus que jamais penser à la syphilis gastrique.*

La réunion de tous ces signes donne une certitude équivalente à celle que pourrait donner l'examen anatomique. Lorsqu'un acte opératoire ou une autopsie permettent d'étudier l'aspect anatomique des lésions de l'estomac syphilitique, on trouve un polymorphisme aussi remarquable que celui offert par le tableau clinique. On peut trouver dans l'estomac toutes les lésions syphilitiques : érosions, ecchymoses, gommes, infiltration et ulcérations gommeuses, cicatrices, etc.

Nous ne nous attarderons pas plus longuement sur l'étude anatomique de ces lésions qui a fait l'objet de nombreux travaux et qui, du reste, n'offre absolument rien de particulier à l'estomac.

TRAITEMENT

Dans l'affection qui nous occupe, plus que dans toute autre, le traitement dépend du diagnostic. Tant que ce dernier n'est pas fait, aucun traitement n'est efficace. Très souvent, on voit ces malades alors que, depuis de longues années, ils traînent une existence misérable, allant d'un médecin à l'autre et d'une ville d'eau à une autre ville d'eau. Car c'est un fait avéré que, dans les gastropathies syphilitiques, aucun traitement ne réussit excepté le traitement spécifique. Comme nous l'avons déjà signalé, l'échec de toutes les médications habituelles est une des raisons qui peuvent faire penser à l'existence d'une syphilis gastrique. Chez une malade dont l'observation a été publiée par Nathan, et qui présentait des troubles gastriques ayant, depuis plus de dix ans, résisté à tous les traitements, on fit un traitement mercuriel dirigé contre une radiculite brachiale : les troubles gastriques disparurent du même coup.

Comment faut-il diriger le traitement spécifique dans ces cas ? Certains auteurs admettent que l'administration du mercure et de l'iodure par voie buccale est parfaitement suffisante. Elle produit en tous cas, chez

beaucoup de malades, une amélioration rapide. Un fait curieux à signaler mais facile à prévoir et à interpréter est que l'estomac syphilitique tolère très bien le mercure et l'iodure, alors que toutes les autres gastropathies s'en trouvent fort mal. Il y a là une véritable pierre de touche thérapeutique qui peut rendre de grands services dans les cas de diagnostic douteux.

D'une façon générale, on préfère cependant administrer le mercure par voie sous-cutanée, sous forme d'injections de bi-iodure d'hydrargyre; on peut l'associer ou non à l'iodure. Il est toujours préférable et plus classique de le faire, mais on obtient souvent de bons résultats par l'emploi du mercure seul. Il est vrai que quelques auteurs, dont Dieulafoy, ont signalé des améliorations très notables obtenues par le seul iodure, mais c'est là un résultat sur lequel on ne peut pas compter d'une façon certaine et Dieulafoy lui-même préfère « un traitement plus mercuriel qu'ioduré ». Il est indispensable d'associer au mercure l'arsenic qui contribue pour beaucoup au résultat.

Ce traitement amène une amélioration presque immédiate des signes locaux et de l'état général. Les digestions redeviennent normales, le poids augmente. Dans certains cas on assiste à une véritable résurrection.

Lorsque la maladie récidive, le traitement garde sa même efficacité. Dans des cas rebelles, on a essayé le 606 et le néosalvarsan, mais il semble qu'en ce qui concerne la syphilis gastrique on n'obtienne pas avec lui des résultats supérieurs à ceux qu'on obtient avec le mercure.

Comme le montrent de nombreuses observations, et en particulier celle d'Enriquez et Bensaude que nous avons reproduite, la médication est sans action sur le

tissu scléreux qui est la conséquence de lésions anciennes. De là l'importance qu'il y a à faire le diagnostic de façon précoce, avant l'apparition du tissu scléreux et des sténoses qui laissent des troubles définitifs, tandis que, si l'on intervient avant leur apparition, la guérison est obtenue absolument complète.

En matière de syphilis gastrique comme en beaucoup d'autres, pour instituer un « bon traitement », c'est-à-dire un traitement efficace, il est indispensable d'avoir fait d'abord un « bon diagnostic », c'est-à-dire un diagnostic non seulement *exact* mais encore *précoce*.

CONCLUSIONS

I. — Considérée autrefois comme très rare, la syphilis gastrique a été reconnue relativement fréquente depuis que les recherches de laboratoire (réaction de Wassermann, radioscopie) et les progrès du traitement spécifique ont permis de la déceler dans bien des cas où elle passait autrefois inaperçue.

II. — Au point de vue clinique, elle revêt absolument toutes les formes et il n'est aucun symptôme gastrique qu'elle ne puisse donner. On distingue une forme *ulcéreuse*, une forme *pseudo-cancéreuse*, une forme *de linite* et une forme *sténosante*. Chacune de ces formes correspond à un aspect anatomique différent des lésions.

III. — Le diagnostic clinique est difficile. Quelques caractères : multiplicité des lésions, prédominance nocturne des douleurs, peuvent attirer l'attention. Mais le diagnostic se fera surtout par l'étude des antécédents, la réaction de Wassermann et l'épreuve thérapeutique.

IV. — Le pronostic de la syphilis gastrique est rela-

tivement très bon, car la médication spécifique donne à coup sûr d'excellents résultats, sauf dans les formes anciennes avec tissu fibreux et sténose.

V. — Le traitement spécifique peut être administré par voie buccale ou par voie hypodermique. Le mercure doit être associé à l'iodure et à l'arsenic. Dans les cas rebelles, on peut s'adresser au néosalvarsan.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDRAL. — Clin. méd. (Paris, 1834).
- ARISTOFF. — Syph. Erkrank. des Magens bei hereditären Lues (Zeitschr. für Heilk. Berlin, 1898).
- BARBIER. — Th. Paris, 1906.
- BARD (L.). — Diagn. des tumeurs syph. de l'estomac et de l'intestin (Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition, janvier 1919).
- BAYLAC et CHAMAYOU. — Syph. de l'estomac et pseudo-péritonite par perforation (Arch. méd. de Toulouse, 1901).
- Echo méd. de Toulouse, 1901.
- BÉCLÈRE et BENSAUDE. — Un cas de syphilis gastrique; estomac biloculaire; troubles simulant un néoplasme. Guérison (Soc. méd. hôp. Paris, 19 mai 1911).
- BENSAUDE et RIVET. — Syphilis de l'estomac (Presse méd., 25 octobre 1919).
- BERTHIER. — Les sténoses du cardia (Th. Paris, 1908).
- BOUVERET. — Traité des mal. de l'estomac, art. Syphilis, 1893.
- CASTAIGNE (J.). — Journ. méd. français, déc. 1908.
- CHIARI. — Lues hereditaria mit gum. Erkr. des galleleitenden App. und des Magens (Prag. med. Woch., 1885).
- Centralblatt für med. Wissensch., 1886.
- Über Magensyphilis, Intern. Beit. für Wissensch. med., Bd II, 1891.

CORNIL. — Soc. méd. hôp. Paris, 28 mai 1874.

— Leçons sur la syphilis (Paris, 1879).

DIEULAFOY. — Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898.

— Bull. de l'Acad. de méd., 17 mai 1898.

— Bull. méd., 1898.

— Journ. de méd. et de chir. prat., 1902.

— Manuel de pathol. int.

DUBUC. — Soc. méd. hôp. de Paris, 1898.

FIOUPE. — Progrès méd., 1874.

FLEXNER. — Amer. Journ. of med. sc. (Philadelphie, 1898).

FOURNIER. — Gaz. hebd. de méd. et de chir., février 1871.

— Bull. de l'Acad. de méd., 18 janvier 1898.

— La syphilis, juillet 1903.

— Traité de la syphilis, 1906.

GALLIARD. — Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac
(Arch. gén. de méd., janvier 1886).

GALLIARD et MENDELSON. — Soc. méd. hôp. Paris, 16 mai 1919.

GOUZOT. — Th. Bordeaux, 1886.

HAYEM. — Syphilis stomacale (Presse méd., 18 févr. 1905).

— Un nouveau cas de syph. stomacale (Presse méd., 2 mai 1906).

JULLIEN. — Gaz. hebd. de méd. et de chir. Paris, 1889).

LACAPÈRE. — Causes d'orientation de la syph. (Presse méd., 3 juillet 1919).

LANCEREAUX. — Gaz. hebd. de méd. et de chir., 26 août 1864.

— Traité de la syphilis, 1866.

LETULLE (M.). — Les « laissés pour compte » de la méd. de guerre
(Presse méd., 26 juin 1919).

LEVATIDI. — Presse méd., 31 mai 1905.

LEVEN (G.). — La syphilis gastrique (Soc. de thérap., 11 juin 1913).

LEVEN et BARRET. — Soc. méd. hôp. Paris, 25 février 1910.

- LION (G.). — Les faux cancers de l'estomac (Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nut., mars 1919).
- MALHERBE. — Journ. des mal. cut. et syph., 1902.
- MARFAN. — Les ulcérations gastriques (Gaz. des hôp., 1887).
- NATHAN. — Soc. méd. hôp. Paris, 24 juin 1910.
- NORDEN. — Acad. Præschrift (Amsterdam, 1897).
- OBERNDORFER. — Virchow's Archiv, 1900.
- PATER (H.). — Th. Paris, 1907.
- SCHREIB. — Prager med. Wochenschr., 1900.
- TOPINARD. — Gaz. des hôp., 1885.
- TROUSSEAU. — Traité de thérap., 1875.
- ZEISSL. — Wien. med. Presse, 27 avril 1902.
- Méd. moderne, 18 juin 1902.
-

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 14 février 1920.

Pr le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

S. DAUTHEVILLE.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 13 février 1920.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
